

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

CLELIA DUBA

Née à Biesles (Haute-Marne), le 19 Septembre 1906

L'IODE

naissant en solution aqueuse diluée
dans les Adénites

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

IMPRIMERIE BUFFNOIR

268, Faubourg Saint-Martin

1932



L'IODE
NAISSANT EN SOLUTION AQUEUSE DILUÉE
DANS LES ADÉNITES

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

CLELIA DUBA

Née à Biesles (Haute-Marne), le 19 Septembre 1906

L'IODE

**naissant en solution aqueuse diluée
dans les Adénites**

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

IMPRIMERIE BUFFNOIR

268, Faubourg Saint-Martin

1932

A MON PÈRE

M. le Docteur CH. DUBA
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur LENORMANT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

*En le remerciant du grand honneur qu'il
nous fit de vouloir bien présider notre
thèse.*

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui voulut bien nous accueillir dans
son service pour y faire notre
expérimentation.*

A Monsieur le Docteur DESMARET

Chirurgien de l'Hôpital Ambroise-Paré

*Dont le bienveillant accueil à la
consultation de son service nous
permit de prendre la plupart de
nos observations.*

A MES PREMIERS MAITRES DE L'HÔPITAL DE DIJON

M. le Docteur LECLERC

Directeur de l'École de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale

M. le Docteur PETITJEAN

Professeur de Clinique médicale

*Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
reconnaissance pour le précieux en-
seignement qu'il nous ont prodigué
au cours de nos premières années
d'études.*

M. le Docteur LONGIN

Dermatologiste de l'Hôpital de Dijon

*Dont nous fûmes l'externe, en le remer-
ciant bien vivement de ses conseils et
de la bienveillance qu'il nous a tou-
jours montrée.*

A TOUS MES AUTRES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔPITAL DE DIJON

Sentiments de reconnaissance.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

4^e Année

- M. le Professeur TESSIER (Cl. maladies infectieuses).
- M. le Professeur GUILLAIN (Cl. du système nerveux).
- M. le Professeur GOUGEROT (Cl. maladies de peau).
- M. le Docteur LEVANT (Accoucheur des Hôpitaux).

5^e Année

- M. le Professeur TERRIEN (Cliniq. ophtalmologique).
- M. le Professeur LEGUEU (— urologique).
- M. le Professeur CLAUDE (— malad. mentales).

M. le Docteur Jean HALLE

Médecin des Hôpitaux

*Qu'il nous permette de le remercier ici
bien sincèrement pour l'accueil si
aimable que nous avons toujours
trouvé dans son service.*

LE DOYEN : M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique,
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du Cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. .		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HAILLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Sans pour cela traiter de politique, il semble regrettable que les temps ne soient plus où les rois de France, le jour du sacre, avaient le bienfaisant pouvoir, en imposant les mains, de guérir les écrouelles.

Cette affection, en effet, n'est pas moins fréquente que dans ces époques anciennes, et nombre de personnes en portent les traces. Ces cicatrices disgracieuses ne constituent pas seulement une atteinte esthétique, elles peuvent trop souvent causer un véritable préjudice matériel et moral.

A l'heure actuelle où l'aspect extérieur prend une si grande importance, où la chirurgie esthétique tend à prendre une place de plus en plus grande, « l'on n'a pas le droit », comme le disait si bien Darier, « de guérir avec une cicatrice une maladie qui peut disparaître sans laisser de traces ».

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de rapporter ici quelques observations d'adénites guéries par simples ponctions et injections modificatrices, sans qu'il reste la moindre séquelle disgracieuse.

Depuis fort longtemps l'iode avait été essayé dans

ces cas. Boinet l'employait dès le milieu du dix-neuvième siècle, et de nombreux savants devaient suivre son exemple. Mais la forme sous laquelle on se servait de ce métalloïde variait suivant les expérimentateurs. Plus récemment, on l'employait sous forme d'iodoforme (liquide de Calot : huile iodoformée créosotée).

Pour nous, ayant eu à notre disposition des comprimés dégageant des quantités connues d'iode naissant, nous avons voulu essayer en thérapeutique *l'emploi nouveau d'un médicament ancien*.

Dans le premier chapitre, nous donnons un court aperçu des différentes formes d'adénites et des nombreux traitements employés jusqu'à présent, en faisant ressortir la nécessité d'éviter les cicatrices disgracieuses.

Dans le deuxième chapitre, nous exposons rapidement les propriétés de l'iode, les avantages et les inconvénients de la teinture d'iode, pourtant universellement répandue, et nous montrons les mérites incontestables de l'iode naissant en solution aqueuse.

Dans le troisième chapitre, nous rapportons les observations prises au cours de notre expérimentation.

Enfin, nous concluons en montrant, à l'aide des bons résultats obtenus, les avantages remarquables que présente ce nouveau traitement.

CHAPITRE PREMIER

LES ADÉNITES BACILLAIRES

Siège. — Fréquence. — Étiologie

Les 9/10 des adénites tuberculeuses occupent la région cervicale. Le premier ganglion qui attire l'attention du malade par son développement anormal est de siège tantôt angulo-maxillaire, tantôt sous-maxillaire, tantôt juxta-parotidien, tantôt rétro-sterno-cléidomastoïdien, plus rarement sus-claviculaire.

Ces adénites cervicales feront l'objet de notre étude, non seulement à cause de leur extrême fréquence — sur une trentaine d'observations, nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer d'autres — mais surtout parce que leur localisation demandant qu'on évite toute cicatrice disgracieuse, les rend moins justiciables du traitement chirurgical.

On rencontre ces adénites à tous les âges ; cependant elles sont spécialement fréquentes chez l'enfant. De plus, nous avons pu constater, au cours de notre pratique hospitalière que la race arabe — Algériens

et Tunisiens émigrés en France — y était fortement prédisposée.

Doit-on voir là une analogie de terrains ? ou plutôt n'est-ce point une question de climat qui, rendant le jeune africain transporté en France, sujet à des privations, moins résistant à l'imprégnation bacillaire, le rapproche du jeune enfant qui n'a pas encore acquis les forces suffisantes pour réagir contre l'infection ? Quoi qu'il en soit, on constate, en effet, que si l'hérédité — maladies infectieuses de l'enfance — joue un rôle dans l'étiologie de cette tuberculose, l'interrogatoire serré du malade ne révèle le plus souvent que de mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation. Et précisément, quoi de plus lamentable souvent que la vie de ces misérables émigrés venus sur le continent dans l'espoir d'une existence plus large, de ces jeunes travailleurs des champs chassés vers la ville par l'appât du luxe et qui, outre des conditions matérielles extraordinairement précaires, ne respirent plus, au cours d'un travail très dur, qu'un air lourd de microbes ?

C'est pourquoi la tuberculose ganglionnaire est beaucoup plus fréquente et surtout plus grave dans les milieux ouvriers que dans la classe aisée. Nous avons vu que les conditions de vie du malade jouent un grand rôle dans l'étiologie de ces adénites ; à plus forte raison pourrait-on s'attendre à les rencontrer

chez des sujets porteurs d'une tuberculose viscérale, osseuse ou cutanée ; or, ces cas sont au contraire exceptionnels et l'infection tuberculeuse du ganglion est généralement primitive — cela, notons-le en passant, est d'ailleurs très heureux ; l'expérience a prouvé en effet que les résultats pratiques sont bien peu appréciables si le sujet est atteint de tuberculose générale.

DESCRIPTION DES ADÉNITES, DIAGNOSTIC

Il est à remarquer qu'on se soucie peu de ces ganglions, malgré les conséquences parfois désastreuses qu'ils entraînent ; et ils sont souvent négligés à leur début, alors qu'ils ne se manifestent que par une augmentation de volume. C'est ainsi que nous voyons des gens venir consulter quand ces adénites sont arrivées, par une évolution normale, à un stade de suppuration avancé, et que la peau, amincie, menace de s'ulcérer en fistules interminables. On peut, en effet, schématiser l'évolution du ganglion tuberculeux en trois phases : c'est d'abord une tumeur solide, puis un abcès froid, et malheureusement trop souvent, un foyer caséeux fistulisé ; il est exceptionnel d'avoir affaire à des ganglions qui ne suppurent jamais.

D'ailleurs, la tuberculose ganglionnaire présente des types bien différents suivant le sujet qui en est atteint ;

elle varie avec le nombre de ganglions atteints, le stade auquel la maladie est arrivée, la réaction et l'état du tissu dans lequel elle évolue.

Rarement, un seul ganglion est pris ; il siège alors dans la région pré-auriculaire, dans la parotide, ou dans la région sous-mentale. Le plus souvent, toute la région sous-maxillaire, carotidienne ou sus-claviculaire est atteinte ; parfois toutes les chaînes d'un même côté sont prises, voire celles des deux côtés.

Reprenons les trois aspects différents de ces ganglions, c'est-à-dire l'adénite non suppurée, l'adénite ramollie ou caséifiée, l'adénite fistulisée.

Au début, on constate une tuméfaction ovoïde ou arrondie, plus ou moins grosse, indolente, mobile, s'étalant sous la peau, qui est intègre. Cette hypertrophie n'est d'ailleurs sensible parfois qu'à la palpation. Cet état peut rester stationnaire, quelquefois rétrocéder ; mais le plus souvent, la tumeur va s'accroître, s'étaler, s'entourer d'une gangue plus ou moins épaisse de péri-adénite.

L'adénite ramollie succédera à ce premier stade ; la masse se bossèle, devient irrégulière, se fixe, présentant certains points fluctuants. Livré à lui-même, cet amas ganglionnaire se transformera en abcès tuberculeux ; la peau rougit, s'amincit aux points les plus tendus et finit par se perforer, laissant une fistule tenace.

La fréquence de ces adénites les a rendues d'un diagnostic facile, bien qu'on pût penser le contraire, étant donnée la variété des aspects cliniques.

En présence d'une adénite cervicale, il faut examiner la dentition, les gencives, la langue, les piliers et les amygdales, y rechercher les ulcérations et les tumeurs possibles. C'est grâce à l'interrogatoire et à l'examen que s'identifie l'adénite néoplasique. L'actinomyose et les gommes sont un diagnostic d'exception.

La forme lymphadénomateuse de la tuberculose ganglionnaire est à distinguer des tumeurs malignes ; mais l'accroissement très rapide de celles-ci, leur généralisation hâtive plaident en leur faveur.

Reste le diagnostic d'une adénite chronique simple. Celle-ci est si rare qu'on la considère presque toujours comme tuberculeuse et qu'on la traitera comme telle. « Je reste persuadé », dit M. Lenormant, « qu'une « adénite cervicale ou génienne, à évolution froide, « qui aboutit à la suppuration, est toujours tuberculeuse ».

DIFFÉRENTS TRAITEMENTS EMPLOYÉS

Cette affection, si commune soit-elle, ne doit pas être considérée comme un simple inconvénient, désagréable surtout au point de vue esthétique : elle prédis-

pose à l'évolution torpide de la tuberculose pulmonaire. Un malade, porteur d'adénites, présente une infection bacillaire localisée, qui, d'un jour à l'autre, peut se généraliser ; c'est pour éviter ce danger qu'on doit tout mettre en œuvre pour la combattre.

Du fait qu'il s'agit d'une infection bacillaire, on peut penser qu'un traitement général, hygiénique et médicamenteux bien conduit, pourrait triompher de ces troubles. Et en effet, d'une part, les bonnes conditions d'alimentation, de repos, de calme, d'aération, d'autre part, les médications iodées, chlorurée sodique, arsenicale, ferrugineuse, tannique, opothérapique, vaccinothérapique, traitement par l'antigène méthylique, etc... sont autant de moyens utiles contre ces atteintes ganglionnaires.

Mais ce traitement, par sa lenteur, par les frais qu'il nécessite, le rend difficilement accessible à tous les malades et il semble qu'un traitement local s'impose.

Parmi les moyens physiothérapiques, l'héliothérapie, surtout efficace à la mer, à l'altitude, a donné d'excellents résultats. Elle agit en favorisant la sclérose, la résorption, la fonte des lésions. Mais ici encore, la lenteur du traitement en est un obstacle.

La roëntgenthérapie est un traitement qui, depuis longtemps, a fait ses preuves. Mais elle n'exclut pas la ponction dans le cas d'adénites suppurées et si on

voit parfois l'écoulement se tarir avec une étonnante rapidité, il n'en reste pas moins vrai que l'application des rayons X entraîne presque toujours une fonte tissulaire qui rend obligatoire la ponction. Ici encore, la lenteur du traitement — 2 à 4 mois — peut arrêter bien des malades.

On a beaucoup préconisé l'actinothérapie. Toutes les adénites, en effet, qu'elles soient suppurées, ramollies ou fistulisées, bénéficient d'un traitement par les U. V. Dans le cas de fistules, on a constaté que les U. V. agissent plus vite pour tarir l'écoulement que les R. X. On voit également, sous leur influence, fondre et disparaître la gangue de périadénite qui entoure et fusionne les ganglions enflammés. L'action efficace de cette thérapeutique est facilement explicable du fait qu'elle agit surtout sur l'état général. Mais ce traitement est long et coûteux.

Doit-on alors, par l'extirpation, gagner du temps et de l'argent au malade ? Si le ganglion était unique et pris à sa phase d'inflammation initiale, l'indication opératoire s'imposerait. Mais dans le cas — le plus fréquent — d'adénite polyganglionnaire, l'extirpation, entraînant des incisions étendues, avec cicatrices inesthétiques et lentes, est beaucoup plus discutable.

NÉCESSITÉ D'ÉVITER LES CICATRICES VICIEUSES PONCTION

En effet, nous avons constaté que les malades se plaignent plus souvent de ces séquelles que de la tuméfaction ganglionnaire elle-même. M. Lenormant, dans un de ses articles sur la tuberculose des ganglions géniens, conclut « du fait même de la lésion, les considérations esthétiques ont ici une grande importance, surtout s'il s'agit d'une femme, et on fera tout pour éviter les cicatrices et les fistules ».

C'est pourquoi on comprend la nécessité de trouver une méthode capable de supprimer ces suites fâcheuses, tout en restant, par sa facilité d'application, à la portée de tous.

Et, tout bien examiné, le traitement remplissant le mieux les conditions requises est encore la ponction évacuatrice. Celle-ci, en effet, permet de débarrasser l'organisme d'un foyer de suppuration, formé de cellules mortes contre lesquelles toute thérapeutique resterait inefficace ; cela, à la fois sans laisser de traces, et dans un délai suffisamment limité — 6 semaines au maximum.

Cette thérapeutique, d'ailleurs, n'est pas nouvelle. Les mémoires nous enseignent qu'on a essayé diverses injections modificatrices. L'oxymel, le vin chaud,

l'alcool, l'iodure de potassium, l'acide phénique, l'éther iodoformé, le thymol camphré, le naphthol camphré glycérené, le liquide de Calot (huile iodoformée créosotée), enfin les produits les plus variés ont été successivement utilisés.

Lequel de ces produits fallait-il adopter ? Partout il y a eu de bons résultats, mais partiels. Il était donc important, semble-t-il, de trouver un produit dont le pouvoir thérapeutique ait fait ses preuves : nous voulons parler de l'iode.

Il est, en effet, tout naturel, dans une maladie du tissu lymphoïde, de s'adresser à l'iode, son plus puissant modificateur.

CHAPITRE II

L'IODE

HISTORIQUE DE L'IODE. — IMPORTANCE DE SON POUVOIR
BACTÉRICIDE. — SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE.

L'usage de l'iode n'est pas nouveau. En effet, sans remonter à Hippocrate, depuis plusieurs siècles, Dioscoride et Galien et un peu plus tard, Arnaud de Villeneuve au treizième siècle, ne préconisaient-ils pas la poudre d'éponges calcinées contre le goître et les écronelles ?

Mais ce n'est qu'au dix-neuvième siècle que s'explique l'efficacité scientifique de ces remèdes à la fois par la découverte de l'iode par Courtois en 1812 et par celle de Coindet, de Genève. Celui-ci, en effet, quelques années plus tard, démontra que les éponges et les algues n'agissaient que parce qu'elles contenaient ce métalloïde.

Dès 1835, on commença — Ricord, Velpeau en tête — à employer des préparations iodées autrement que pour l'usage interne ; on les utilisa en topiques et en

injections dans l'hydrocèle. Puis, un peu plus tard, des savants parmi lesquels Boinet, Lugol, Magendîé, reconnurent à l'iode la propriété « de conserver les
« matières animales, d'annihiler les venins et les
« virus, de modifier avantageusement les sécrétions
« purulentes, de changer les sécrétions putrides, diph-
« tériques de mauvaise nature en sécrétions louables,
« d'assainir enfin rapidement les plaies les plus infec-
« tes ». (Boinet).

A la fin du dix-neuvième siècle, sous l'influence de savants — tels Pasteur, Davaigne, Koch — qui avaient démontré l'action antiseptique de l'iode, non seulement à l'égard des microbes, mais aussi à l'égard de leurs toxines, le pouvoir microbicide de l'iode était définitivement établi.

Par la suite, de nombreux travaux, des recherches de laboratoire n'ont fait que confirmer la valeur exceptionnelle de l'iode comme antiseptique. « Le pou-
« voir antiseptique de l'iode participe à la fois de
« son action locale et de son action diffusée. Ce pou-
« voir antiseptique est fort élevé et l'iode constitue un
« antiseptique précieux autant par son action stérili-
« sante proprement dite que par son action antitoxi-
« nique sur les produits d'élaboration cellulaire et par
« l'influence qu'il exerce sur la vitalité et l'activité
« des leucocytes ». (Chevallier).

Devant des propriétés aussi exceptionnelles, nous

sommes étonnés de voir non seulement l'iode relativement peu employé, mais encore supplanté comme antiseptique par des corps tels le formol, l'eau oxygénée, le sublimé, le cyanure de mercure, l'acide phénique, les hypochlorites qui, bien que plus toxiques, ne sont pas plus actifs.

C'est qu'aux solutions aqueuses iodo-iodurées, semblables à celles établies par Coindet, Lugol, Boinet, Gram, on avait substitué la solution alcoolique d'iode : la teinture d'iode.

LA TEINTURE D'IODE SES INCONVÉNIENTS ET SON DANGER

Or, bien que reconnue officiellement dans les pharmacopées du monde entier, malgré les grands services qu'elle rend, la teinture d'iode présente de sérieux inconvénients.

En effet, d'une part, la formation d'acide iodhydrique caustique, d'aldéhyde et d'éther acétique, et d'autre part la concentration de l'iode et des produits irritants qui résulte de l'évaporation de l'alcool, ont fait rejeter l'emploi de la teinture d'iode.

On a essayé, pour remédier à son altération, de préparer une teinture iodo-iodurée. Mais elle n'entravait pas l'évaporation de l'alcool et par suite la concentration de l'iode.

D'ailleurs cette teinture — qu'elle soit au 1/10 ou au 1/15 — est trop concentrée et son titre en alcool — 95 ou 90 — la rend très irritante. Elle coagule les protéines, détruit les cellules vivantes, mortifiant les tissus et empêchant ainsi la pénétration du métal-loïde.

Les réactions qu'elle provoque parfois sur les muqueuses sont si violentes qu'elles peuvent même se propager aux tissus sous-jacents.

Enfin, on a noté que certains sujets présentent une hypersensibilité vis-à-vis de la teinture d'iode qui augmente encore les dangers de son emploi.

On en était ainsi arrivé à limiter considérablement — pour toutes ces diverses raisons — l'emploi de la teinture d'iode qui n'était plus guère utilisée qu'en badigeonnages, pour la désinfection des petites plaies ou pour la désinfection des champs opératoires.

NÉCESSITÉ DE TROUVER UN AUTRE SOLVANT

AVANTAGES INDISCUTABLES DE LA SOLUTION AQUEUSE

Il fallait donc trouver un autre solvant que l'alcool. Certains auteurs ont proposé un solvant organique : benzine, éther, mais leurs essais n'eurent pas de suite.

On revint alors aux solutions iodo-iodurées, établies

par Coindet, Lugol, Boinet. D'ailleurs, dès 1861, des travaux de Koch prouvèrent in vitro la supériorité, comme désinfectant, de la solution aqueuse.

En effet, que le pouvoir antiseptique soit dû aux ions ou au contraire, aux particules colloïdales, l'eau seule réunit le double avantage de présenter des ions et des particules colloïdales.

Il semble donc bien évident que l'eau, et l'eau iodo-iodurée, permette seule d'utiliser l'action antiseptique maxima de l'iode et cela, sans aucun danger.

Cette solution aqueuse par sa stabilité, maintiendra le métalloïde en solution. D'autre part, il y aura seule destruction des bactéries et atténuation des toxines, puisque la solution n'est ni corrosive, ni fixatrice.

Des travaux modernes ont d'ailleurs mis en évidence cette supériorité de la solution aqueuse diluée de l'iode. Citons, parmi tant d'autres, le travail de Robert Lambert. Celui-ci constata que la plupart des agents chimiques employés comme désinfectants tuaient à la fois les bactéries et les cellules des tissus. Seul l'iode tue les microbes sans attaquer en même temps les cellules de l'organisme.

Citons également les travaux de Régnier et Lambin qui ont montré que l'iode avait un pouvoir antiseptique fort élevé, très comparable à ceux du chlore et du sublimé.

De plus, les travaux de Marcel Labbé, Lortat-Jacob,

Pouchet, Képinow ont démontré depuis longtemps que l'iode et les iodures exercent également une action générale qui n'est pas négligeable. L'iode agit en exagérant l'activité du tissu lymphoïde et devient ainsi un agent de mononucléose intense ; cette production de macrophages permet à l'économie de se débarrasser de tous les déchets cellulaires, renforçant encore l'action antiseptique de l'iode.

L'iode, en solution aqueuse diluée est donc bien, selon l'expression de Robert Lambert, l'antiseptique idéal.

En effet, il est bien établi que :

— l'iode est un des plus puissants antiseptiques connus,

— qu'en solution aqueuse, son pouvoir est plus grand qu'en solution alcoolique ; il détruit les microbes tout en respectant les cellules de l'organisme,

— de plus, c'est un agent efficace d'hyperleucocytose mononucléaire.

Il faut donc employer des solutions aqueuses diluées d'iode.

*Augmentation du pouvoir bactéricide
par l'emploi de l'iode à l'état naissant*

Mais d'après les travaux de Pouchet, Lortat-Jacob, Rey, Réve, Schumacher, Collimachi et Fuller, l'état

naissant de l'iode augmente fortement les qualités du métalloïde. Peut-être y a-t-il, comme on tend à le croire actuellement, présentation de la substance qui se trouve à l'état naissant, non pas à l'état moléculaire, mais à l'état transitoire atomique avec possibilité d'ionisation.

Quoi qu'il en soit, pour notre expérimentation, nous avons employé les comprimés « Noviode ». Ces comprimés, composés d'iodure de potassium, d'iodate de potassium et d'acide tartrique, placés dans l'eau, dégagent instantanément 25 milligrammes d'iode naissant qui se solubilisent.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

La technique du traitement est très simple.

D'une part, on prépare une seringue de 10 ou 20 cm³, une longue aiguille de moyen calibre, assez grosse cependant pour que le pus y passe facilement, et une capsule stérilisées. D'autre part, on a du sérum physiologique à 7 p. 1.000, des comprimés de « Noviode » et un récipient quelconque pour l'évacuation du pus.

On met 25 cm³ de sérum dans la capsule et 2 comprimés.

Après aseptie soigneuse de la région à ponctionner, on fixe le ganglion de la main gauche et on pique la peau, de préférence en descendant, à quelque distance du ganglion, en tissu sain, pour éviter une fistule. Une fois la peau traversée, l'aiguille est poussée obliquement jusqu'à la paroi ganglionnaire qu'on traverse avec un ressaut. On ne trouve pas toujours du pus et il faut explorer soigneusement la région. Si l'on a découvert une poche, on la vide soigneusement par

ponctions répétées, en laissant l'aiguille à demeure, puis on injecte la solution d'iode naissant à plusieurs reprises, pour faire un lavage complet de la poche; et enfin, quand on ne retire plus que le liquide injecté, on laisse à demeure une quantité d'iode naissant égale à la quantité de pus retiré.

LES OBSERVATIONS

Il nous a paru intéressant de rapporter ici quelques-uns des cas que nous avons pu observer dans notre pratique hospitalière ; nous verrons que d'une façon générale, les résultats en sont excellents.

Pour faciliter notre exposé, nous avons divisé nos observations en trois catégories :

1° *Cas de ganglions suppurés* : (c'est le stade auquel sont habituellement arrivés les malades qui se décident à venir consulter).

OBSERVATION I. — Hôpital Ambroise Paré (consultation de chirurgie). N. C..., 21 ans.

Le malade vient parce qu'il présente depuis 15 jours environ une adénite sus-claviculaire gauche qui augmente de volume. Actuellement, on constate une tumeur, de la grosseur d'un œuf, non douloureuse, mobile, qui n'adhère pas à la peau, de coloration normale.

Le malade a déjà présenté, il y a un an, une adénite sus-claviculaire, guérie par ponctions.

Et il a eu, à 19 ans, une pleurésie.

Actuellement :

29 mai 1931 : La ponction retire 20 cm³ d'un pus très épais. On lave la poche et on injecte 15 à 20 cm³ de solution d'Iode naissant (0 gr. 025×2 pour 25 cm³ de sérum physiologique).

1^{er} juin : *Idem*.

3 juin : On retire 15 cm³ de pus très liquide. Lavage et injection.

5 juin : On retire 30 cm³ d'un pus très épais. Lavage et injection.

8 juin : On retire 15 cm³ de pus. Même traitement.

10 juin : La poche est moins grosse. On ne retire que 10 à 12 cm³ de pus. Même traitement.

12 juin : La poche n'est presque plus apparente. On ne retire que quelques gouttes sanguinolentes. On n'injecte que 2 cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant.

15 juin : Ponction blanche. La peau est encore légèrement soulevée à ce niveau.

22 juin : On n'aperçoit plus qu'un tout petit soulèvement de la peau au niveau de l'ancienne tuméfaction.

29 juin : Il n'est plus possible de déceler des traces de l'adénite.

Le malade ne revient plus.

OBSERVATION II. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. G..., 32 ans, algérien.

Le malade a constaté, depuis 2 mois, l'apparition d'une tuméfaction indolente de la région parotidienne gauche. Actuellement, grosse masse, facilement mobilisable, qui s'étend du lobe de l'oreille à l'angle de la mâchoire.

La peau, qui n'est pas adhérente, est légèrement rouge et la masse est quelque peu douloureuse.

Le malade, qui dit avoir une bonne santé, se sent fatigué.

3-3-30 : La ponction, faite avec précaution, ramène 8 cm³ de pus très épais. Lavage de la poche et injection d'une quantité égale de la solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³). On emploie la solution faible, à cause de la friabilité de la peau et en raison des douleurs du patient.

14 : Même traitement. Le malade n'a plus de douleurs. La peau est beaucoup moins rouge.

17 : Même traitement.

19 : On retire encore 7 à 8 cm³ de pus.

21 : Le pus devient plus liquide, il est beaucoup moins abondant et semble mélangé au liquide injecté.

29 : On ne retire presque plus de pus. La masse a diminué considérablement. On continue les injections.

31 : Il n'y a plus qu'un léger empâtement, très dur, de la région atteinte. On ne retire que quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent.

8 : On revoit le malade 8 jours après. L'hypertrophie ganglionnaire a complètement disparu.

OBSERVATION III. -- Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. G...

Depuis un mois et demi, le malade a constaté une tuméfaction dans la région parotidienne, qui va en augmentant.

Actuellement, petit œuf, qui bombe vers l'oreille droite, empiète sur la branche montante du maxillaire.

La masse est ramollie, mais non adhérente à la peau, qui est de coloration normale.

24-3-1930 : Ponction. On retire 6 cm³ d'un pus mal lié, sanglant. On injecte une quantité égale de solution

aqueuse d'iode naissant (2 c. de 0 gr. 025 pour 25 cm³ de sérum).

29-3-30 : *Idem.*

31-3-30 : *Idem.*

2-4-30 : On retire 5 à 6 cm³ d'un pus franchement séreux.

4-4-30 : La tuméfaction semble avoir diminué. Le malade se sent beaucoup mieux.

7-4-30 : *Idem.*

9-4-30 : *Idem.*

12-4-30 : On ne retire que quelques gouttes de pus. Lavage et injection.

Le malade, qui a repris son travail, ne reviendra plus que tous les 15 jours.

On le revoit depuis (30 avril) : le ganglion hypertrophié a complètement disparu.

Il n'y a pas eu de récédive.

OBSERVATION IV. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. D... Albert, 34 ans.

Volumineuse adénite cervicale droite.

19-3-1930 : La ponction ramène 10 cm³ de pus très épais. On lave et on injecte la solution aqueuse d'iode naissant (0 gr. 025 pour 10).

(*Examen du pus* : labo : Pas de microbes à l'examen direct. Très peu de poly.)

21-3-1930 : *Idem.*, mais le malade s'étant plaint de douleurs, on diminue la concentration en iode du liquide injecté.

24 : La ponction ramène une moins grande quantité de pus, mais bien lié. Injection après lavage.

26 : *Idem.*

29 : On retire 6 à 8 cm³ d'un pus, très séreux, grumeleux.

1-4 : *Idem.* Même traitement.

5 : *Idem.*

8 : *Idem.* On laisse sans injection modificatrice. La masse ganglionnaire s'est affaissée.

10 : La ponction ramène 4 cm³ de pus franchement séreux. On injecte 4 cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant.

12 : La ponction est blanche.

On ne voit plus le ganglion, qui est cependant encore perceptible au palper.

Le malade ne revient plus.

OBSERVATION V. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. P... Robert, 25 ans.

Le malade présente une adénite sous-maxillaire gauche.

Le début remonte à 2 mois, par un petit ganglion qui a grossi progressivement sans douleur.

Le malade a une bonne santé, n'a pas eu d'angine récemment. On ponctionne et on envoie le pus à examiner au *Laboratoire*. (Rares poly. Pas de microbes à l'examen direct. La culture ne pousse pas. ∅ possible.)

15 mai 1931 : On retire 5 cm³ d'un pus très épais. Lavage de la poche et injection de la solution aqueuse d'Iode naissant (2 × 0 gr. 025 pour 25 cm³).

20 : 15 cm³ pus. Injection.

27 :

29 : 15 cm³ pus blanchâtre, très épais.

3 juin : L'empâtement a bien diminué. A la ponction, on ne retire que 5 cm³ d'un pus jaunâtre, séreux. Injection.

8 : *Idem.* On ne retire que 5 cm³ de pus. Lavage et injection.

12 : Affaissement du ganglion. Il n'y a plus qu'un

petit noyau assez dur, dont on ne retire que 1 cm³ de pus séreux, sanguinolent. Injection.

15 : *Idem*. Ponction blanche.

22 : On ne voit presque plus rien. La ponction, à l'extrémité inférieure de la poche, ramène quelques gouttes.

29 : Il est impossible de percevoir la moindre hypertrophie ganglionnaire.

OBSERVATION VI. — D., B..., 10 ans 1/2.

Depuis une dizaine de jours, chez cet enfant bien portant, est apparu un ganglion cervical gauche.

Actuellement, il est gros comme un petit œuf ; la peau est rouge. La partie supérieure du ganglion est ramollie, fluctuante.

1^{er} mai 1931 : On ponctionne, mais négativement.

On injecte 1 cm³ de la solution aqueuse d'Iode naissant (2×0 gr. 025 pour 25 cm³).

4 mai : La peau est moins rouge ; la fluctuation est plus nette. On retire quelques gouttes de pus mélangé à de la sérosité. Lavage et injection.

6 mai : Aucun changement. Même traitement.

11 mai : *Idem*.

15 mai : La ponction ramène quelques gouttes.

La poche est moins grosse, moins rouge.

On injecte 1 cm³ de la solution.

20 mai : La poche s'est étalée, elle est beaucoup plus plate, mais la peau est un peu rouge, violacée en un point.

La ponction est négative ; on diminue la concentration de l'Iode pour éviter l'irritation.

27 mai : On revoit le petit malade. 8 jours après.

La poche s'est complètement affaissée. La peau a encore une coloration légèrement différente des téguments

voisins et on sent encore un léger empâtement (très limité).

Ponction négative.

L'enfant ne revient plus.

OBSERVATION VII. — V... Philippe, 46 ans.

Vient consulter parce que, depuis 2 mois, s'est aperçu de l'existence d'une petite grosseur, qui va croissant.

Actuellement, grosse masse dans la région parotidienne gauche, du volume d'un œuf, qui soulève le lobule de l'oreille. La peau est rouge, la masse fluctuante.

Le malade a une bonne santé ; il accuse pourtant, il y a 6 ans, une adénite sus-clav., il y a deux ans, une autre — dont on constate les traces cicatricielles.

6 mars : La ponction ramène un pus crémeux (3 cm³). On lave et on injecte une quantité égale de solution aqueuse d'Iode naissant.

9 mars : On retire 10 cm³ de pus très épais. Lavage et injection.

13 mars : La ponction est négative. On continue cependant les injections.

On constate la formation d'une petite poche, comme une noix, derrière le lobe de l'oreille gauche. Ponction, On retire 8 cm³ de pus très épais. Lavage et injection d'une solution très faible, la peau étant rouge, tendue et très friable.

16 mars : On vide la poche supérieure (5 cm³). Lavage et injection. La poche inférieure, beaucoup moins grosse, ne donne que 2 cm³.

20 mars : La petite poche supérieure se vide (2 cm³). La deuxième a bien diminué de volume. On ne retire que quelques gouttes d'un pus très épais. La peau n'est plus rouge.

23 mars : La petite poche n'a pas changé d'aspect.

On en retire 2 cm³ de pus, moins épais, beaucoup plus séreux.

La poche inférieure a bien diminué ; elle est à peine fluctuante. On ne retire que quelques gouttes séro-sanguinolentes. On continue à injecter 3 cm³.

25 mars : Aucun changement. Même traitement.

Le malade revient moins souvent.

3 avril 1931 : Ponction négative. Injection.

14 : La peau n'est plus rouge.

La grosse masse a disparu. Il n'existe plus que la petite poche rétro-auriculaire, grosse comme une noisette. On ne retire que quelques gouttes de pus.

22 : La petite tuméfaction a aussi disparu.

On ne voit plus qu'une sorte de boursouffure de la peau à ce niveau.

Au palper, on sent encore une très légère induration (grosse comme une pièce de un franc) dans la région parotidienne gauche.

OBSERVATION VIII. — T., Cl., 13 ans.

Petit φ présentant des adénites cervicales dont l'une, à gauche, est fistulisée depuis 2 ans 1/2.

Actuellement adénite devant l'oreille droite, la peau est rouge ; il y a fluctuation.

16-2-3- : La ponction ramène 5 à 6 cm³ d'un pus fétide, très épais. Injection de 5 cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³).

20-2-31 : On retire 5 cm³ de pus. On lave la poche et on injecte 5 cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant.

23-2-31 : La peau est moins rouge, presque normale. Même traitement.

27-2-31 : On retire 5 cm³ d'un pus fétide, crémeux. L'enfant dit qu'il se sent beaucoup mieux.

2 mars : *Idem.*

6 mars : Ponction blanche, mais l'injection de solution aqueuse d'Iode naissant ramène, au lavage, un pus très épais. On laisse à demeure 4 cm³.

14 mars : La ponction ne ramène rien, mais après injection de solution aqueuse d'Iode naissant, on retire en plus du liquide injecté, un pus très épais (3 à 4 cm³). Injection à demeure.

16 mars : Ponction blanche.

18 mars : On retire 8 cm³. Lavage et injection.

20 mars : On ne retire que quelques gouttes d'un pus très épais. Lavage et injection.

23 mars : La poche se vide continuellement par un petit pertuis. On n'injecte que quelques gouttes.

25 mars, 27 mars : Petit malade très fatigué.

OBSERVATION IX. — M..., 25 ans, sableur, Algérien.
En France depuis 2 ans.

Se sent fatigué depuis un mois, a maigri, perdu l'appétit. S'aperçoit en même temps de la présence d'un petit nodule sous-angulo-maxillaire, qui va en grossissant.

En 1925 a eu un « abcès » (?) sous-maxillaire. Cicatrice. Actuellement, grosse noix sous-maxillaire droite.

A côté, une plus petite, sous-mentonnière, déjà fistulisée.

16-2-31 : On vide la poche (4 cm³) d'un pus mal lié, jaunâtre. On lave et on injecte 4 cm³. On met aussi quelques gouttes dans la fistule.

23-2 : Même traitement. Aucun changement.

27-2 : La poche est moins grosse ; elle renferme moins de pus, mais la peau est toujours très friable.

On ne retire rien, mais on injecte 4 cm³.

Le ganglion sous-maxillaire s'est fistulisé.

On lave les 2 poches et on injecte de la solution

aqueuse d'Iode naissant par le trajet fistuleux.

6 mars : Après lavage des 2 poches, on laisse 2 petites mèches (solution aqueuse d'Iode naissant) à demeure dans les deux fistules.

25 avril : Le malade, qu'on n'avait plus revu, revient à l'apparition d'un gros ganglion sous-angulo-maxillaire gauche. Ponction. 4 cm³ de pus grumeleux. Injection.

8 mai : Même traitement.

11 mai : *Idem.*

OBSERVATION X. — H... Fernande, 8 ans 1/2.

Adénite cervicale droite — petit œuf de pigeon — peau rouge, tendue.

19-2 : Ponction négative. On injecte 1 cm³.

La petite malade, qui habite très loin, ne veut pas venir plus d'une fois par semaine.

24 : La peau est beaucoup moins rouge, la masse a bien diminué de volume ; on n'a plus, au palper, l'impression de tension qui existait il y a 8 jours.

On ne retire rien et on injecte 2 cm³.

3 mars : *Idem.*

10 mars : Etat stationnaire.

17 mars : L'adénite s'est fistulisée dans la nuit.

Pansement au collargol.

La petite malade part à Berck.

OBSERVATION XI. — (Service du D^r Mouchet, Hôpital St-Louis.) L... Madeleine, 11 ans 1/2.

Depuis deux mois, cette enfant est porteur d'un ganglion cervical gauche qui grossit, atteint les dimensions d'une grosse noix, se ramollit. La peau rougit, devient très friable et finalement s'ulcère en un tout petit pertuis.

On constate de plus la présence d'un paquet ganglion-

naire volumineux, non ramolli, dans la région médiane du cou.

La peau n'est ni rouge, ni adhérente.

Bonne santé antérieure, mais enfant plutôt de faible constitution.

17 mars : On lave le ganglion suppuré, par injection dans le trajet fistuleux, d'une solution faible d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³ de sérum).

On injecte également 1 cm³ de la même solution dans le paquet central et dans un ganglion sous-angulo-maxillaire droit, qu'on a découvert à la palpation et qui est d'une dureté ligueuse.

21 mars : Aucun changement apparent. Même traitement.

24 : La ponction ramène 2 cm³ de pus épais, du paquet ganglionnaire central, qui s'étale.

28 : Même traitement.

31 : La maman de la malade, fatiguée de la longueur du traitement en demande la modification. On met un séton. On ne revoit plus la malade.

Sur ces onze observations, nous constatons 7 succès. Au bout de 8 ponctions en moyenne, le ganglion a disparu, ne laissant plus parfois qu'un empâtement très léger qui se résorbe peu à peu.

Sur les quatre insuccès, trois nous semblent dus au stade très avancé de l'hypertrophie ganglionnaire quand nous avons institué le traitement. Dans l'observation n° VIII, nous avons obtenu une amélioration remarquable, mais le malade étant atteint de tu-

berculose généralisée, à un degré très avancé, nous n'avons pas été étonnés de notre échec.

Dans l'observation n° IX, le malade présentait de nombreux ganglions dont quelques-uns étaient déjà fistulisés.

Le troisième insuccès (observation n° X) nous semble dû à l'irrégularité des ponctions, l'enfant habitant très loin et ne voulant pas se déranger.

Quant au quatrième cas (observation n° XI), nous avons affaire à une adénite en très mauvais état (peau rouge, très friable). Ce n'est d'ailleurs que sur la demande des parents que le traitement n'a pas été continué et qu'on lui en a substitué un autre.

Ces exemples prouvent suffisamment que ces échecs ne sont pas dus à la méthode employée pour qu'on puisse, au contraire, continuer à louer les avantages du traitement.

2° Cas de ganglions non ramollis d'origine récente.

— Il s'agit ici de ganglions de consistance solide, mais qui présentent un ramollissement central ; la ponction seule permet de déceler la présence d'un agglomérat caséux central.

OBSERVATION I. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M... P..., 29 ans, manœuvre.

Bonne santé antérieure.

Depuis un mois environ, s'aperçoit d'une tuméfaction dans la région cervicale droite.

Le malade se sent un peu fatigué, mais n'éprouve pas de douleur.

Actuellement : On observe une masse empâtée dans la région cervicale droite, non rouge, avec une partie centrale, bombant comme un très petit œuf, légèrement fluctuante. La peau n'est pas adhérente.

On ponctionne, ayant bien soin de prendre les précautions habituelles, c'est-à-dire de piquer en tissu sain à quelque distance du paquet ganglionnaire.

24-3-1930 : La ponction amène 1 cm³ de pus très épais, qu'on retire avec difficulté. On injecte 1 cm³ de la solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 p. 15 cm³ de sérum physiologique) qui distend la région centrale de la masse.

27 : Le pus, cette fois, qui est ramené facilement à la ponction, est filant, épais (2 cm³).

La partie centrale du ganglion est complètement affaissée. Injection, après lavage de la poche, de 2 cm³ de la solution aqueuse d'Iode naissant.

29 : Le pus vient bien, il coule facilement dans la seringue, malgré quelques petits grumeaux.

Injection à demeure de 2 cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant.

3-4 : Le ganglion est mou, complètement affaissé et la masse cartonnée environnante a bien diminué.

7 : La ponction amène un demi-cent. de liquide séro-hématique, très fluide. Même injection.

10 : Ponction négative. Cependant, injection d'un cm³ de la solution d'Iode naissant.

12 : Il est difficile de saisir entre les doigts la poche affaissée, cependant encore légèrement cartonnée. La ponction pratiquée reste négative.

Le malade à qui on demande de revenir 15 jours plus tard se juge complètement guéri et ne revient plus au service.

OBSERVATION II. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. O... Sadi, 30 ans, algérien.

En France depuis 15 mois.

Depuis 3 semaines présente un ganglion sous-angulaire maxillaire droit qui grossit progressivement, sans douleurs.

Actuellement, masse ovoïde (petit œuf débordant légèrement la branche montante du maxillaire) de coloration normale, non adhérente à la peau, roulant sous le doigt, présentant un point légèrement plus dépressible.

Le malade, qui a toujours eu une assez bonne santé, se plaint de fatigue générale.

18-3-1930 : La ponction ramène quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent. On injecte 1 cm³ de la solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³ de sérum physiologique).

21-3-1930 : Le pus retiré, cette fois, est plus abondant (2 cm³ 5). On répète l'injection.

24-3-30 : *Idem*.

29-3-30 : On retire 3 cm³ de sérosité louche, présentant quelques grumeaux. On injecte 3 cm³ de la solution aqueuse d'Iode naissant après lavage de la poche.

31-3-30 : *Idem*.

5-4-30 : La ponction est presque blanche ; à peine retire-t-on quelques gouttes de sérosité.

On continue l'injection de solution d'Iode.

Il semble, d'ailleurs, que la masse s'est légèrement aplatie.

8-4-30 : Diminution très nette du volume du ganglion.
La ponction est négative.

On n'injecte plus rien.

Les 10 et 12-4 : Le malade revient, complètement guéri. L'affaïssement est complet ; à peine sent-on sous le doigt un petit empâtement de la région sous-angulo maxillaire droite.

Le malade, revu 15 jours plus tard, ne présente plus aucune trace de son adénite.

OBSERVATION III. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. K..., 26 ans.

Début de la maladie récent, difficile à préciser.

Actuellement, le malade présente une tumeur de la grosseur d'un œuf, légèrement allongée, s'étalant dans la région rétro-parotidienne droite, facilement mobilisable.

Il n'y a ni coloration anormale de la peau, ni douleur.

9 mars 1930 : On injecte quelques gouttes de la solution d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³ de sérum physiologique) après avoir tenté de ponctionner (mais ponction blanche).

11 mars : La ponction ramène 4 cm³ de pus épais.

Lavage de la poche et injection de quantité égale d'une solution un peu plus forte d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 10 cm³).

14 mars : Le malade s'est plaint de douleurs, la peau semble légèrement friable.

On pense à la concentration en Iode naissant, qui devait être trop forte. On ponctionne. On retire 3 à 4 cm³ de pus séreux ; injection après lavage, de 4 cm³ de solution plus faible (un comprimé pour 12 cm³ de sérum).

19 : La peau est revenue à sa coloration normale. Ponction. Lavage et injection.

24 : La quantité de pus retirée devient insignifiante et présente les caractères du liquide injecté.

On espace les ponctions.

31 : Affaissement manifeste de la tumeur. Ponction blanche.

3 avril et 9 : *Idem.*

Le malade ne vient plus.

OBSERVATION IV. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). M. S..., 27 ans, manœuvre.

Depuis un mois environ s'aperçoit de la présence d'une petite masse qui va, croissant, dans la région sus-claviculaire droite.

Le malade n'en souffre pas mais le volume qui atteint maintenant celui d'une grosse noix, l'inquiète.

La masse n'est pas adhérente à la peau, de coloration normale et bien mobilisable sur les plans profonds.

Le malade, qui a eu une pleurésie à 15 ans, se porte assez bien actuellement.

15-3-30 : Première ponction : blanche.

Injection d'un cm³ de solution d'iode naissant (2 comprimés de 0 gr. 025 pour 25 cm³ de sérum physiologique).

18-3-30 : La ponction ramène 3 à 4 cm³ d'un pus épais, grumeleux, mal lié.

On lave la poche et on injecte à demeure 4 cm³ de solution d'iode naissant.

19-3-30 : *Idem.*

20-3-30 : *Idem.*

24-3-30 : Le pus est, cette fois, séro-sanguinolent.

26-3-30 : *Idem.*

28-3-30 : *Idem.* Il semble que la tumeur se soit éta-

lée ; elle bombe beaucoup moins, mais paraît plus large.

31 : La ponction est négative.

4 et 7 : Ponction blanche. On ne trouve plus de traces d'hypertrophie ganglionnaire.

OBSERVATION V. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). Mlle M..., 26 ans.

Porteur, depuis 3 semaines, d'un ganglion de la région sous-parotidienne droite.

Il y a deux ans, a eu un premier abcès ganglionnaire (?) qui a guéri au bout de 3 mois (séton).

27-2-31 : Actuellement, masse grosse comme un œuf de pigeon, mobile, rénitente.

Ponction négative. Injection de 4 cm³ de solution aqueuse d'iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³).

2 mars : La malade raconte que la poche s'est vidée la veille presque complètement. Aujourd'hui, elle s'est reformée. On retire 1 cm³ environ de pus. Après l'injection de 3 cm³ de solution aqueuse d'iode naissant, on retire un liquide mélangé de pus et de solution d'iode. On réinjecte 4 cm³ à demeure.

La malade dit que ses douleurs ont disparu.

6 mars : La masse est grosse, fluctuante.

Ponction (5 cm³). Lavage et injection.

9 mars : On retire 8 cm³ d'un pus beaucoup moins épais.

11 mars : On retire 10 cm³ d'un liquide très limpide. Même traitement.

16 mars : Même traitement. Aucun changement.

18 mars : La poche s'est vidée par un petit pertuis central. On applique un pansement au collargol et on fait revenir la malade. Mais on ne la revoit plus dans le service.

Ici, sur cinq observations, nous n'avons qu'un seul insuccès, et encore reste-t-il inexpliqué.

En 8 à 10 ponctions, la guérison est obtenue, avec persistance cependant d'un petit noyau dur qui finit par disparaître.

3° Ganglions non suppurés.

OBSERVATION I. — Hôpital Saint-Louis (service du Docteur Mouchet). M. L. G..., 12 ans.

Enfant porteur, depuis 15 jours, d'un ganglion sous-maxillaire de la grosseur d'une petite noix.

Ni angine, ni mal de dent récent.

L'an dernier, bronchites à répétition. Passe 12 mois à l'Île d'Oléron.

Actuellement, ganglion de la grosseur d'une noix, très dur, roulant sous le doigt, non adhérent à la peau.

19-11-31 : Injection d'un cm³ 1/2 de la solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³).

24-11-31 : Le ganglion a diminué de volume. Même traitement.

3 Mars : Le ganglion a considérablement diminué. On ne sent plus qu'une petite masse cartonnée.

Nouvelle injection d'un cm³.

10 mars : Le ganglion a complètement disparu.

On explore la région sans rien trouver.

OBSERVATION II. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). Mademoiselle B..., 19 ans.

La malade a constaté depuis 3 semaines environ la présence d'une petite tuméfaction, indolore, qui déborde légèrement le bord antérieur du sterno. cl. mast. droit.

Actuellement, on constate l'existence d'une tuméfaction, grosse comme une noix, non adhérente à la peau, qui est de coloration normale, non douloureuse, de consistance rénitente.

15-3-30 : La ponction est négative.

On injecte quelques gouttes de la solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³).

19 : Nouvelle ponction blanche et injection de solution aqueuse d'Iode naissant.

22 : *Idem.*

25 : On retire un cm³ de pus séreux, mal lié.

Lavage et injection d'Iode naissant.

28 : Ponction, 2 cm³ de pus mal lié.

31 : *Idem.*

5-4-30 : *Idem.*, mais la tuméfaction a diminué. On sent cependant encore un empâtement nettement limitable entre les doigts.

8 : On retire encore quelques gouttes de pus séreux.

12 : Ponction blanche.

Depuis, rien. La malade, qu'on revoit 3 semaines après, ne se plaint plus de rien.

OBSERVATION III. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). J... Blanche.

Depuis 3 semaines, porteur d'un ganglion sous-angulaire maxillaire droit.

Bonne santé habituelle.

Actuellement, petit œuf, dur, mobile, roulant sous le doigt, non adhérent à la peau, qui est de coloration normale.

27 mars 1931 : Ponction blanche. Injection de quelques gouttes de solution faible (0 gr. 025 pour 15 cm³) de solution aqueuse d'Iode naissant.

1^{er} avril : Même traitement :

3 : *Idem.*

7 : La ponction ramène 1 cm³ de liquide purulent. Lavage et injection de 2 cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant.

16 : Même traitement.

20 : On retire 1 cm³ de pus très épais. Injection après lavage.

22 : La masse a diminué de volume.

On ne retire que quelques gouttes de liquide séropurulent.

On injecte un cm³.

27 : La masse est bien moins grosse, elle bombe à peine. La ponction est négative. Injection de quelques gouttes.

1^{er} mai : Le ganglion n'est presque plus apparent ; on voit seulement un empâtement de la région sous-angulo maxillaire droite. On sent le ganglion qui est tout petit, dur. On essaie de ponctionner, mais la ponction reste blanche. Injection de quelques gouttes de solution aqueuse d'Iode naissant.

4 mai : *Idem.*

6 mai : *Idem.*

11 mai : Le ganglion est à peine perceptible. La malade ne revient plus.

OBSERVATION IV. — Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). D. C..., 30 ans, ajusteur, italien.

Depuis un an en France.

Porteur depuis 4 ans d'un petit ganglion sous-angulo maxillaire droit.

En 3 jours, il a augmenté et pris les dimensions d'une grosse noix, — très dur. La peau, de coloration normale, est mobile, il n'y a pas de fluctuation.

Le malade a toujours eu une excellente santé (très sportif).

13 mars : Injection d'un cm³ de solution aqueuse d'Iode naissant (0 gr. 025 pour 15 cm³).

16 mars : La masse a diminué, elle n'est plus que de la grosseur d'une petite noix. Injection d'un cm³.

18 mars : La masse a encore diminué.

20 mars, 23 mars : Etat stationnaire.

Le malade ne revient plus qu'en mai, le 18.

Le ganglion est resté stationnaire. Sur sa demande, le malade reçoit quelques séances d'U.V., puis, on le ponctionne de nouveau parce qu'on n'observe aucun changement.

Après 6 ponctions, il ne reste qu'une petite nodosité dure, qui, au bout de 2 mois, a presque complètement disparu.

OBSERVATION V. -- Hôpital Ambroise-Paré (consultation de chirurgie). N..., 20 ans.

Il y a deux mois, s'aperçoit d'une petite glande dans le creux sus-claviculaire droit.

A toujours joui d'une parfaite santé.

Ne se plaint de rien.

Actuellement, masse grosse comme un petit œuf, très dure, mobile en arrière du sterno-cl. m.

2-11-31 : On ne retire rien à la première ponction. Injection de quelques gouttes (0 gr. 025 pour 15 cm³).

6-11 : Même traitement.

10 : *Idem.*

20 : *Idem.*

23 : *Idem.*

On associe au traitement les U. V., à raison de 2 séances par semaine.

3 mars : *Idem.*

9 : La masse a beaucoup diminué.

20 : *Idem.*

23 : On ne sent plus guère qu'un empâtement.

7-4-31 : On ne revoit plus la malade.

Parmi trois des observations que nous rapportons ici, nous avons eu un succès remarquable (obs. n° 1) en 3 ponctions. Dans les deux autres cas, les injections sont arrivées à faire suppurer le ganglion ; la guérison a été obtenue au bout d'une moyenne de 10 injections.

Il nous avait semblé intéressant, pour activer la guérison de ces formes chroniques par excellence, d'associer des rayons ultra-violets. Nous en rapportons deux observations avec succès; mais, au moins dans ces deux cas, nous ne voyons pas l'intérêt qu'il puisse y avoir à associer les deux traitements, puisque les formes rebelles à l'un semblent bien avoir le même sort avec l'autre.

Outre ces observations, nous avons noté quelques résultats chez les malades que nous n'avons pu suivre complètement.

M. K... présentait, à son arrivée à l'hôpital, le 11-4-31, une adénite sous-maxillaire droite. Le 5 juin, c'est-à-dire au bout de 7 ponctions, la masse ganglionnaire avait diminué et le liquide retiré n'était plus purulent.

M. L... commence un traitement pour une adénite

de la région parotidienne droite ; la peau est très rouge et la ponction très douloureuse. En 2 ponctions, il y a une grosse amélioration, la peau est beaucoup moins rouge et la région est à peine sensible. Mais le malade ne revient plus.

M. T... qui présente une adénite cervicale droite, très enflammée, la voit s'améliorer en 2 ponctions, mais il ne continue pas le traitement.

M. J..., porteur d'une tumeur de la grosseur d'un œuf dans la région rétro-parotidienne droite, fortement fluctuante, reçoit 8 ponctions ; la tumeur a bien diminué, on ne retire plus que le liquide injecté.

Enfin, M. Q... est considérablement amélioré en 5 ponctions.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

ADENITES SUPPURÉES : 11 Observations : 7 Succès

OBSER- VATIONS N°	MODIFICATIONS IMPORTANTES notées au cours du traitement	NOMBRE de PONCTIONS	RÉSULTATS	REMARQUES
I	1 ^{re} p. : 20 % ³ pus très épais. 6 ^e p. : On ne retire plus que quelques gout- tes séro-sanguino- lentes.	8	Guérison	
II	2 ^e p. : 1 ^o La peau n'est plus rouge. 2 ^o Le malade ne souff- plus.	8	Guérison	
III		8	Guérison	
IV	2 ^e p. : On diminue la con- centration en iode du liquide injecté, le malade s'étant plaint de douleurs.	10	Guérison	
V	5 ^e p. : Diminution considé- rable de l'empâte- ment.	9	Guérison	
VI	2 ^e p. : Peau beaucoup moins rouge. Fluctuation plus nette.	7	Guérison	
VII		9	Guérison	

OBSER- VATIONS N°	MODIFICATIONS IMPORTANTES notées au cours du traitement	NOMBRE de PONCTIONS	RÉSULTATS	REMARQUES
VIII	3° p. : Peau moins rouge. 4° p. : L'enfant se sent beau- coup mieux. 7° p. : Ponction négative. 11° p. : La poche se vide con- tinuellement par un petit puits.	13	Amélioration générale. Pas de gué- rison.	Très mau- vais état.
IX		7	Insuccès	Nombreuses fistules dont quelques- unes exis- taient avant que l'on com- mence le trai- tement.
X	2° p. : Peau moins rouge et moins tendue. 5° p. : Fistulisation.	5	Insuccès	Ponctions très irrégú- lières.
XI		5	Peu de changement	Pose d'un sé- ton sur la demande de la malade. Ganglions en très mau- vais état (peau très friable quand on a entrepris le traitement.

ADENITES NON RAMOLLIES RÉCENTES

5 Observations : 4 Succès

OBSERVATIONS N°	MODIFICATIONS IMPORTANTES notées au cours du traitement	NOMBRE de PONCTIONS	RÉSULTATS	REMARQUES
I	3° p. : Pus ramené facilement. Partie centrale du ganglion complètement affaissée.	7	Guérison	Persistance d'un petit noyau cartonné qui fond en 15 jours.
II	1° pus vient plus facilement 6° ponction presque blanche. 7° diminution du volume du ganglion.	9	Guérison complète	
III	1) L'iode naissant active la formation et écoulement du pus dès 2° ponction. 2) Une concentration un peu forte (0,025 p 10) semble avoir des inconvénients (douleurs, irritations).	6	Guérison	
IV	1° p. : Blanche. 2° p. : pus grumeleux, mal lié.	9	Guérison	
V	1° p. : Blanche. 4° p. : Pus très épais. 5° p. : Pus très limpide. 7° p. : La poche s'est vidée par pertuis central.	7	Insuccès (?)	On ne revoit plus la malade.

ADENITES NON SUPPURÉES : 5 Observations : 5 Succès

OBSER- VATIONS N°	MODIFICATIONS IMPORTANTES notées au cours du traitement	NOMBRE de PONCTIONS	RÉSULTATS	REMARQUES
I		3	Guérison	
II	1° P. blanche. 4° p. ; Pus séreux, mal lié.	9	Guérison	
III	1° P. blanche. 3° Suppuration.	12	Guérison	
IV	Ganglion non suppuré. 1) Grosse amélioration. 2) 2 mois après : 12 séances U. V. aucun changement. 3) 6 ponctions.		Guérison	Association d'U. V.
V	G. non suppuré. Association d'U. V.	10	Guérison	Association d'U. V.

CONCLUSIONS

De cette expérimentation, nous pouvons conclure au succès de la méthode.

Celle-ci, en effet, présente un double avantage :

1° La ponction est le seul traitement qui, n'entraînant pas de cicatrices, soit applicable à tous les stades d'évolution de l'adénite.

2° L'iode naissant, en solution aqueuse, diluée, est un des plus puissants antiseptiques qui soient. De plus, la solution n'est ni irritante ni douloureuse et ne nécessite aucune technique spéciale. Nous constatons en outre que ce traitement s'applique à toutes les hypertrophies ganglionnaires.

En effet :

1° Il s'impose dans tous les cas de ganglions ramollis.

Et s'il arrive parfois que, malgré tous les efforts et tous les soins, il y ait fistulisation, cette fistule sera beaucoup moins redoutable si le ganglion a été déjà traité par des ponctions et des injections modificatrices qui auront limité l'activité des lésions.

2° Il est utile dans les cas de ganglions non suppurés. On a noté en effet une diminution toujours très nette du volume et, grâce à l'injection, on arrive même à caséifier et à faire suppurer le ganglion qui guérit alors comme précédemment.

Vu :

Le Président de thèse :

LENORMANT.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BABOU. — Traitement médical des adénites chroniques non suppurées. (Méd. mod., Paris, 1906, t. 17, p. 169.)
- BACHEM. — Biochem Zeitscher, Berl., 1922.
- BARBIER. — Les bons effets des applications externes d'eaux mères de Kreutznach et de solutions salines. (Bulletin de la Soc. d'études de la Tuberc., n° 6, 1907.)
- BERCHON. — Traitement des adénites tuberculeuses du cou. (Th. Paris, 1894.)
- BILLET. — Bul. ac. méd., t. 48, p. 167, 1902.
- BOINET. — Gazette méd., p. 605, 1840.
- BOINET. — Traité d'iodothérapie, 1865.
- CALVE. — Traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse. (L'Hôpital, n° 38, janvier 1921, p. 719.)
- CHASSEVANT. — Soc. de Thérapeutique, 1905-1916.
- CHEVALLIER. — Traité des désinfectants, 1862.
- CHEVALLIER. — L'Iode, art. du Dictionnaire de physiologie de Ch. Richet, 1913.
- COINDET. — Bibliothèque universelle de Genève. (Sc. et arts, t. 4, p. 190, 1820.)
- COLLIMACCI ET FULLER. — Med. Press. à circ. Lond. 16 déc. 1925.
- COUPPEY. — Les traitements iodés dans les adénites. (Thèse Paris, 1922).
- CRUZEL. — C. ac. Sciences, 5 juillet 1915.

- DANYSE. — D'après J. Laumonier, traité de colloïdothérapie, 1920.
- DAUSSET. — Traitement physiothérapique des adénites tuberculeuses. (Rev. méd. franc. n° 3, mars 1929, p. 271).
- DAUSSET. — Traitement local des tuberculoses ganglionnaires par les rayons X et les radiations de la lampe à arc (Bull. et Mém. de la soc. de Radiologie méd. de France, n° 137, mars 1927).
- DAVAINE. — Gazette médicale p. 44, 1874, C. as. sc. sept. 1875.
- DELIMAL. — Traitement physiothérapique des adénopathies tuberculeuses. (Thèse Paris 1923).
- DUFOUR. — Traitement des adénites tuberculeuses (Bulletin de la Société de médecine des Hôpitaux de Paris, 14, 21 mai 1920).
- DUFOUR. — L'iode dans la tuberculose (Bulletin de la soc. méd., mai 1921).
- DUROY. — Ac. imp. de médecine, oct. 1854. Union méd. sept. 1854.
- FONZES. — DIACON ET ASTRUC : Jour. Bio. et chim. t. II, 7° série, p. 123, 1915.
- GUIBOURT. — Journ. Pharmacie et chimie VII série, p. 113, 1846.
- HAMEL. — Traitement de la tuberculose ganglionnaire. (Thèse Paris, 1910).
- HEUSSNER. — Centralblat. chirurg., n° 8, 1906.
- JALAN DE LA CROIX. — Arch. F ; exp. Path. U. Ph. tx III, p. 175, 1881.
- JUDET. — Adénites cervicales tuberculeuses, Traitement par les injections. (Progrès médical, 6 mars 1909).
- KEPINOW. — Biochem Zeitschr. Bd. 37, 238.
- KOCH. — Mitteil aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte, Bd. I, 1881.

- MARCEL LABBE ET LORTAT JACOB. — C. soc. Biol., 28 mars et 2 mai 1903.
- LAMBERT. — The journal of exp. Medicine (T. 24, p. 683, 1916).
- LASKOWNICKI. — Paris chirurgical (n° 6, 1924).
- LECLERC. — Contribution à l'étude des adénopathies tuberculeuses du cou. Leur traitement par le cacodylate de soude. (Thèse Paris, 1901).
- LEDENT. — Traitement des adénites chroniques cervicales. (Le Scalpel, n° 46, 15 nov. 1924).
- LENORMANT. — Les adénites géniennes, (Tuberculose des) (Presse Médicale, 1^{er} juin 1921).
- LENORMANT. — Les adénites géniennes. (Presse Médicale, 1927).
- LEPENNETIER. — Rayons X. Haute fréquence et électrolyse associés dans le traitement des séquelles de l'adénite tuberculeuse cervicale (Thèse Paris, 1922).
- LYON, SMITH, M. D. DURTH. (The Lancet, 1915).
- LORTAT-JACOB. — L'iode et les moyens de défense de l'organisme. (Th. Paris, 1903.)
- LORTAT-JACOB. — L'iode modificateur de la nutrition dans le lymphatisme, la scrofule et la tuberculose ganglionnaire. (Mond. méd. I, 15 oct. 1923).
- LUGOL. — Abeille médicale n° 5, 8 mai 1846).
- MAGENDIE. — Académie imp. de méd., 1852.
- MARIAN. — Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. (Mond. Méd. n° 711, 15 juillet 1927).
- MARFAN. — La Scrofule, Conception ancienne, Conception nouvelle. (Paris médical, 1^{er} janv. 1921).
- MIQUEL. — Semaine médicale, p. 222, août 1883.
- JEAN NEBOUT. — Rayons ultra-violet dans le traitement des adénopathies tuberculeuses. (Th. Paris, 1926).
- PASCHETTA. — Röntgen. et actinothérapie des adénites. (Th. Paris, 1927).

- PASTEUR. — Œuvres complètes de Pasteur par Vallery Radot, 1922.
- POUCHET. — L'iode et les iodiques, Paris, O Doin 1906.
- RECLUS. — Bul. ac. méd. 63 p. 375, 1910.
- REGNIER et LAMBIN. — Bul. ac. méd. t. 105, n° 11, 17 mars 1931.
- REYL. — Berl. Klin. Wochens. t. 48 p. 1873, 1911.
- REEVE. — Med. press. a circ. Lond. t. 97, p. 542, 1914.
- A. RICHET. — C. ac. Sc. 1883).
- RICORD. — Journal des connaissances médico-chirurg. n° 1, p. 140, 1833.
- SCHUMACHER. — Dent. méd. Wochens. t. 40, p. 21, 1914.
- SEAU. — International magazine Chicago, 1905.
- SIEGEL. — Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. (Presse méd. Paris, 1905).
- THERASSE et HENNO — Action de l'iode sur la formule leucocytaire des tuberculeux. (Le Scalpel, 9 avril 1921).
- VELPEAU. — Arch. générales de méd., janv. 1837.
- WARRIKOF. — Dorpat 1883, d'après Legendre, Barette et Lepage. Traité pratique d'antisepsie appliquée, Paris 1888.
- WITZEL. — Deutsch, med. Woch. p. 1839, 1905.
- YOVANOVITCH. — Emploi de la teinture d'iode dans les adénites tuberculeuses (Thèse Paris, 1924).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	11
CHAPITRE PREMIER	
LES ADÉNITES BACILLAIRES : <i>siège ; fréquence ; étiologie</i>	13
<i>Description des adénites ; diagnostic</i>	15
<i>Différents traitements employés</i>	17
<i>Nécessité d'éviter les cicatrices vicieuses ; Ponction</i>	20
CHAPITRE II	
L'IODE. — <i>Historique. . . Importance de son pouvoir bactéricide. — Son emploi en thérapeutique . .</i>	22
<i>La teinture d'iode. — Ses inconvénients ; son danger</i>	24
<i>Nécessité de trouver un autre solvant. — Avantages indiscutables de la solution aqueuse. . .</i>	25
CHAPITRE III	
TECHNIQUE DU TRAITEMENT	29
<i>Les observations. — Cas de ganglions suppurés—</i>	30
<i>Cas de ganglions non ramollis, d'origine récente.</i>	41
<i>Cas de ganglions non suppurés</i>	47
<i>Tableau récapitulatif</i>	53
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

